



„Bei Dekonzentration kommt Mindestmengen unter Druck

Im Interview:
Dr. Martin Albrecht,
Geschäftsführer
und Leiter des
Bereichs Gesund-
heitspolitik am
IGES Institut

Im April vergangenen Jahres legte das IGES Institut für den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) den Ergebnisbericht „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung – Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse“ – erstellt von Dr. Martin Albrecht, Dr. Stefan Loos und Sebastian Irps – vor. Die im September 2021 erschienene „Sektoruntersuchung Krankenhäuser“ des Bundeskartellamts beschäftigte sich an einer Stelle auch mit diesem Thema, kam aber zu teilweise konträren Schlussfolgerungen. Dies nahm Albrecht vor wenigen Wochen zum Anlass, beim Spreestadt Forum die beiden Positionen gegeneinanderzustellen. „Monitor Versorgungsforschung“ bat ihn im zweiten Titelinterview zur Qualitätsfrage im Krankenhaussektor in dieser Ausgabe um eine Einordnung.

>> Herr Dr. Albrecht, hilft oder schadet womöglich die Leistungskonzentration der stationären Versorgung?

Diese Frage kann, je nach Sichtweise, gegensätzlich beantwortet werden. Das hängt unter anderem auch vom zeitlichen Betrachtungshorizont ab. Letztlich fehlt es aber gegenwärtig für Deutschland zu diesem Thema an empirischer Evidenz – obwohl die Frage gesundheits- und auch wirtschaftspolitisch von zentraler Bedeutung ist.

Wie steht es um die Evidenz?

Einerseits ist durch zahlreiche Studien ein positiver Volume-Outcome-Zusammenhang mittlerweile für viele Behandlungen im Krankenhaus empirisch nachgewiesen. Danach erzielen Klinikstandorte mit höheren Fallzahlen bei komplexeren Eingriffen bessere Behandlungsergebnisse als Klinikstandorte mit niedrigeren Fallzahlen. Demnach wäre mehr Leistungskonzentration gut für die Versorgungsqualität. Andererseits gilt grundsätzlich, dass Konzentrationsprozesse Wahlmöglichkeiten reduzieren und das Risiko der Monopolbildung erhöhen, wodurch sich Effizienz und Qualität verschlechtern können. Im Gutachten für den vdek haben wir uns auf drei Leistungsbereiche fokussiert, für die bereits positive Volume-Outcome-Zusammenhänge wissenschaftlich nachgewiesen wurden. Das heißt: Unsere Ergebnisse gelten zwar für diese drei Leistungsbe-

reiche, sind aber nicht ohne weiteres auf den gesamten Kliniksektor übertragbar. Das Bundeskartellamt betont mit seiner kürzlich abgeschlossenen Untersuchung für den Krankenhausesektor eine andere, dezidiert wettbewerbspolitische Perspektive. Im Vordergrund steht hier, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume bei Krankenhäusern umfassend zu beleuchten. So gesehen sind beide Arbeiten nicht direkt vergleichbar. Es gibt aber Berührungspunkte, die in der Sektoruntersuchung auch

explizit angesprochen werden.

Hier treffen die Sichtweisen der Versorgungsforschung und der Wettbewerbsökonomie aufeinander. Erstere sieht Konzentration als Mittel der Qualitätserhöhung, die zweite ordnet Konzentration als bedenklich ein, weil damit der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander minimiert wird.

Darum habe ich mich in meinem Vortrag beim Spreestadt Forum um eine Einordnung der durchaus oft gegensätzlichen Aussagen bemüht.

Zu welchem Ergebnis sind Sie noch gekommen?

Der Widerspruch beider Sichtweisen auf das Thema Leistungskonzentration bei Krankenhäusern ist mittlerweile auch in der Politik angekommen: Man hat erkannt, dass man nicht aus Qualitäts- und

Effizienzgründen konzentrationserhöhende Klinikzusammenschlüsse durch einen Krankenhausstrukturfonds fördern kann, wenn diese eine kartellrechtliche Prüfung nicht bestehen. Die daher kürzlich beschlossene Ausnahme von der Fusionskontrolle für den Krankenhausesektor löst den Widerspruch aber letztlich nicht.

„Gesundheitspolitisch wird immer mehr anerkannt, dass sich eine stärkere Leistungskonzentration bei Krankenhäusern positiv auf die Qualität auswirkt.“

Der Reihe nach: Können Sie die unterschiedlichen Sichtweisen noch näher erläutern?

Im Gesundheitsbereich befasst sich der G-BA seit vielen Jahren mit Fragen rund um die Qualitätssicherung. Gesundheitspolitisch wird immer mehr anerkannt, dass sich eine stärkere Leistungskonzentration bei Krankenhäusern positiv auf die Qualität auswirkt. Das spiegeln auch die Richtlinien des G-BA wider. Nicht umsonst werden Mindestmengen definiert, die dazu führen, dass bestimmte komplexe Leistungsbereiche nur noch an wenigen Standorten durchgeführt werden, was über besseres Know-how, Erfahrung und Prozessqualität die Versorgungs- und Ergebnisqualität erhöht.

Weniger Komplikationen, bessere Behandlungsergebnisse.

Diese Sichtweise hat sich gesundheitspolitisch in den letzten Jahren immer mehr durchgesetzt. Die logische Folge wäre eine mit der Zeit zunehmende Leistungskonzentration, weil nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistungsart erbringt, sondern sich auf genau jene Schwerpunkte konzentriert, die es am besten kann. Das ist die eine Sichtweise. Das Bundeskartellamt kommt nun von einer anderen Seite und erklärt, dass primär der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern Qualität sichert und hierfür – regional erreichbar – ausreichend viele Krankenhäuser unterschiedlicher Träger zur Auswahl stehen müssen.

Obwohl es im Krankenhausbereich keinen Preiswettbewerb gibt, weil diese durch das DRG-System weitgehend reguliert sind.

Gerade deshalb sei der Krankenhauswettbewerb vor allem ein Qualitätswettbewerb, argumentiert das Bundeskartellamt. Nach meinem Eindruck dominierte aber statt eines Preiswettbewerbs bislang ein Kosten- und Mengenwettbewerb, der Wettbewerb über Qualität hat es dagegen deutlich schwerer. Er kann nur dann funktionieren, wenn Patienten und die einweisenden Ärzte Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern erkennen und entsprechende Auswahlmöglichkeiten haben. Nach Ansicht des Bundeskartellamtes beruht der Qualitätswettbewerb von Krankenhäusern maßgeblich auf Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger, wobei meist der Zugang – also die Fahrzeit und Erreichbarkeit – ein wichtiges Kriterium sei.

Durch Konzentrationsprozesse und Fusionen werden diese Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt, was man über die Jahre an der schwindenden Zahl der Krankenhausstandorte erkennt.

Genau das, so befürchtet das Bundeskartellamt, führt dazu, dass irgendwann der Qualitätswettbewerb – insoweit es ihn gegenwärtig gibt – nicht mehr funktioniert, was längerfristig Qualitätsminderungen zur Folge haben könnte.

Das ist mit Blick auf die Leistungskonzentration eine – zur Perspek-

tive der Versorgungsforschung, die das IGES für seine Studie wählt – fast konträre Schlussfolgerung. Hat eine zunehmende Konzentration in der Krankenhausversorgung negative Effekte auf die Versorgung?

Dazu gibt es einiges an internationaler Literatur – vor allem aus den USA. Allerdings sind die Ergebnisse mit Blick auf die Versorgungsqualität nicht eindeutig. Negative Effekte konnten vor allem bei den Preisen gezeigt werden, hier unterscheidet sich aber das Gesundheitssystem der USA, da dort der Preis als Wettbewerbsparameter eine wesentlich größere Rolle spielt als bei uns. In den USA gibt es einen stark fragmentierten Krankenversicherungsmarkt, in dem mit unterschiedlichen Preisen Wettbewerb betrieben wird. Einige Untersuchungen für die USA haben gezeigt, dass Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung zu Preisanstiegen führt. Bei steigender Marktkonzentration verfügen Krankenhäuser mit regionaler Monopolmacht über Preissetzungsspielräume. Das ist in Deutschland aufgrund des bundesweit regulierten Preissystems für die Krankenhausversorgung so nicht möglich, was ja gerade auch ein zentrales Argument des Bundeskartellamtes ist. Daher kann man aus den Studien für die USA auch nur begrenzt Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen.

Gibt es hierzulande keine Untersuchungen dazu?

Es gibt ein paar wenige, die leichte Konzentrationstendenzen diagnostizieren. Doch wird in diesen Studien explizit keine Aussage darüber getroffen, ob Konzentration für die Qualität nun positive oder negative Folgen hat. Unser Institut hat in den Jahren 2009 bis 2013 im Auftrag des InEK die DRG-Begleitforschung durchgeführt. Eine Teilfrage lautete, ob die Einführung der DRG zu einer verstärkten Leistungskonzentration geführt hat. Damals war es jedoch nicht belegbar, dass es im Zuge der DRG-Einführung zu einer generellen Leistungskonzentration gekommen ist.

Wie sieht es mit der Empirie für die These aus, dass Konzentration gut für die Qualität ist?

Einen direkten kausalen Beleg liefert unser Gutachten hierfür nicht. Doch war unsere empirische Studie darauf auch nicht ausgelegt. Die These hat sich auch teilweise insofern erübrigt, weil wir im großen Maße keinerlei Konzentration für die drei Leistungsbereiche feststellen konnten. Wir haben jedoch einen indirekten Beleg führen können, indem aufgrund der empirischen Literatur evident ist, dass Qualität und Fallzahlen positiv assoziiert sind. Unsere Analysen zeigen nun, dass da, wo Dekonzentration stattfindet, Mindestmengen vermehrt nicht eingehalten wurden. Im Umkehrschluss heißt das wiederum, dass Konzentration eben dazu führt, dass Mindestmengen erfüllt und positive Qualitätseffekte durch höhere Fallzahlen eher erreicht werden.

Was ergab das vdek-Gutachten sonst noch?

Unsere zentrale Ausgangsfrage lautete: Findet Leistungskonzentration überhaupt statt? Da dieses Thema nur mit erheblichem Aufwand großflächig zu untersuchen ist, haben wir uns in diesem Gutachten ganz gezielt nur für diejenigen Leistungsbereiche entschieden, bei denen bereits empirische Evidenz dafür besteht, dass Konzentration im Sinne der Mindestmengenlogik zu einer Qualitätssteigerung führt. Wir haben darum die Leistungsbereiche der minimalinvasiven Aortenklappeninterventionen (insbesondere TAVI), der anatomischen Lungenresektion und der Hüft-TEP für den Zeitraum der letzten Jahre analysiert, um festzustellen, ob man überhaupt eine zunehmende Leistungskonzentration erkennen kann bzw. inwiefern es hier regionale Unterschiede gibt.

Kann man bzw. gibt es die?

Es kommt darauf an, wo man hinschaut. Bei TAVI und der anatomischen Lungenresektion kam es in Deutschland regional mehrheitlich zu einer Dekonzentration. Ein typisches Beispiel, das wir bei der anatomischen Lungenresektion gesehen haben, war ein regionales Krankenhaus-Cluster – so haben wir Krankenhäuser bezeichnet, die in einer räumlichen Nähe agieren und sich somit als potenzielle Wettbewerber betrachten können –, bei dem es zu Beginn des Beobachtungszeitraums einen klaren Marktführer gab, der den größten Anteil der Behandlungsfälle auf sich vereinigen konnte.

Nun würde man erwarten, dass der Status quo erhalten wird oder die Konzentration weiter zunimmt.

Genau das Gegenteil ist eingetreten: Der Marktführer hat hier massiv Anteile verloren, weil in dem Cluster zusätzlich Klinikstandorte begonnen haben, ebenfalls diese Leistung zu erbringen. Dass dies auch bei den TAVI häufiger vorkam, kann teilweise damit erklärt werden, dass es sich dabei um ein relativ neues Leistungsangebot handelt, das sich mit der Zeit an mehr Standorten etablierte.

Das ist genau das, was unter vielem anderen auch NRW-Gesundheitsminister Laumann (siehe Interview in MVF 01/22) kritisiert: Jedes Krankenhaus versucht, alles – und zwar meist das lukrativste – zu machen, um seine wirtschaftliche Existenz zu sichern.

Man kann in Teilbereichen selbst bei komplizierteren Leistungen zeigen, dass ein beachtlicher Teil von Fällen an Standorten behandelt wurde, welche die Mindestmengen nicht erreichten. Das ist natürlich unter qualitativen Gesichtspunkten sehr kritisch zu sehen.

Welche Kräfte sind da am Werk?

Die Erklärung liegt auf der Hand. Viele Krankenhäuser stehen unter hohem finanziellem Druck, sodass viele von ihnen alles versuchen müssen, um wirtschaftlich zu überleben.

Weil es hierzulande einfach zu viele gibt.

Man kann lange darüber streiten, in welchem Ausmaß der deutsche Krankensektor Überkapazitäten hat. Auf jeden Fall leisten wir uns im internationalen Vergleich große Kapazitäten bei knapper Finanzierung, weil das unter Effizienzgesichtspunkten konstruierte DRG-System einen starken Effizienzdruck ausübt. Dazu kommt eine seit vielen Jahren zu beobachtende Unterdeckung bei den Investitionsmitteln der Länder. All das führt zu einem intensiven, manche sagen auch ruinösen Wettbewerb, der viele Krankenhausstandorte dazu zwingt, ihre wirtschaftliche Existenz über Wachstum – woher auch immer – zu sichern.

Auch wenn die Sinnhaftigkeit dieses Handelns aus der Sichtweise der Qualität infrage gestellt werden sollte.

Hierfür liefert sogar die Studie des Bundeskartellamtes zumindest einen indirekten Beleg. Hier wurden unter anderem Krankenhausmanager befragt, wie sie auf Konkurrenz reagieren. Natürlich hebt das Kartellamt an der Stelle hervor, dass sie mit mehr Qualität reagieren. Wenn man sich die Ergebnisse anschaut, sieht man jedoch, dass die genannten Maßnahmen, mit denen Krankenhäuser auf Konkurrenz reagieren, in erster Linie die Ausweitung des Leistungsangebots betreffen. Doch bedeutet ein Mehr an Leistungen nicht gleichzeitig eine bessere Qualität – eher im Gegenteil.

Dafür gibt es die Mindestmengen.

Auch Richtlinien des G-BA mit Mindestanforderungen an die Strukturqualität können dem entgegenwirken. Wir haben in unserem Gutachten an einer Stelle zeigen können, dass die G-BA-Richtlinie bei TAVI-Leistungen tatsächlich etwas bewirkt hat. Zumindest gibt es eine starke zeitliche Koinzidenz: Als diese Richtlinie in Kraft trat, ist die Anzahl der Standorte, die diese Leistung angeboten haben, zurückgegangen.

Reichen Mindestmengenregelungen und Richtlinien mit Strukturvorgaben aus?

Leider nicht. Qualität kann man nicht komplett über einzelleistungsbezogene Regulierungen steuern. Wenn man das versuchen würde, käme man in ein stark reguliertes und sehr bürokratisiertes System, das letztlich die intrinsischen Anreize für Qualität, die es im System gibt, nicht nutzt oder gar behindert. Auch hier kann Wettbewerb, da gebe ich dem Kartellamt durchaus recht, in Form von Wahlmöglichkeiten auf der Grundlage von Qualitätstransparenz ein wichtiger Faktor sein. Allerdings sollte die Qualitätskomponente bei der Beurteilung von Konzentrationsprozessen aus kartellrechtlicher Sicht noch viel stärker in den Blick genommen werden. Hierbei ist es jedoch erforderlich, die Entwicklungen einzelner Leistungsbereiche zu analysieren.

Bei der Beurteilung von Fusionen wird jedoch immer ein Ganz-Hausansatz mit seinem kompletten Leistungsbündel betrachtet.

Das ist sicherlich im Hinblick auf allgemeine Strukturmerkmale oder übergeordnete Bereiche wie etwa das Hygienemanagement, aber auch Servicekomponenten sinnvoll. Doch wenn es um medizinische Qualität geht, muss man sich auf einzelne Leistungsbereiche fokussieren.

Wenn nur die Datenlage transparenter wäre. Es werden in lediglich drei Bundesländern die Gesundheitsbäume der AOK veröffentlicht, die eine Wahl eines Krankenhauses durch den Patienten etwas evidenter macht.

Solche Bewertungsschemata bieten auf der einen Seite für Patienten eine relativ klar verständliche Orientierung zur Behandlungsqualität, sind aber leider nur für eine begrenzte Zahl von Eingriffen verfügbar. Grundsätzlich bieten die Krankenhausnavigator und -portale mittlerweile gute Übersichten darüber, wie hoch beispielsweise die Fallzahl oder die Patientenzufriedenheit einer Klinik ausfallen. Damit ist schon ein ganz guter Grundstock für eine aufgeklärte Patientenentscheidung gelegt. Dass man immer mehr und das Ganze auch besser machen kann, ist ebenso klar. Darum gibt es den Auftrag der Politik an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTIG, aus den Daten der Qualitätsberichte vergleichende, allgemein verständliche Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen.

Und nun kommt aktuell die Pflege dazu.

Ein weiterer wichtiger Indikator wird es sein, Indikatoren für die Pflegesituation zu entwickeln. Bereits jetzt sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, ihre jeweiligen Pflegepersonalquotienten zu veröf-

fentlichen. Leider kann man mit dieser Information im Moment noch relativ wenig anfangen, doch wird sicher weiter daran gearbeitet. Gleiches gilt auch für die Patient Related Outcome oder Patient Reported Experience Measures, also faktenorientierte Befragungsansätze, welche das IQTIG verstärkt bei der Entwicklung von Patientenbefragungen als Teil der Qualitätssicherung nutzen wird.

In den Vereinigten Staaten ging das relativ zackig.

Die staatliche Krankenversicherung in den USA, das heißt die Centers for Medicare & Medicaid Services, haben vor kurzem die erste nationale, standardisierte und öffentlich berichtete Erhebung unter Patienten über deren Krankenhauserfahrung eingeführt. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, sich daran zu beteiligen, ansonsten wird ihre Vergütung gekürzt. Der Ansatz wäre absolut auf unser System übertragbar, wenn man denn wollte. Das wäre sicherlich ein Ansatz im Sinne des Bundeskartellamtes, weil man damit einen Qualitätswettbewerb, der von patientenseitigen Wahlentscheidungen ausgeht, stärken kann.

Wo kritisieren Sie das Bundeskartellamt?

Die Sektoruntersuchung vermittelt den Eindruck, dass möglichst viele Krankenhäuser und Träger vielfalt per se Wettbewerb und damit Qualität sichern. Eine solche Sichtweise greift aber zu kurz und wäre schlichtweg falsch. Das Kartellrecht sollte daher sinnvolle Konzentrationsprozesse im Sinne

der Qualität zulassen. Dazu müsste man allerdings die bisherige kartellrechtliche Bewertung erweitern, indem immer auch spezifische Leistungsmärkte betrachtet werden, um so Qualitätseffekte zeigen und berücksichtigen zu können. Wenn man dann nach einer gewissen Zeit evaluieren kann, dass in wirklich kritischen Leistungsbereichen Qualitätseffekte feststellbar sind, könnte man auch Kooperationen, Verbünde und Fusionsvorhaben kartellrechtlich weniger kritisch bewerten als es bislang der Fall ist.

Wer kann die Entwicklung vorantreiben?

Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung bzw. der G-BA mit Qualitätsvorgaben auf Bundesebene, das Bundeskartellamt mit einer qualitätsförderlichen Kartellrechtsanwendung und last but not least die Bundesländer mit einer neuen Art der Krankenhausplanung, die auch Qualitätsaspekte berücksichtigen muss.

Wie es derzeit Nordrhein-Westfalen versucht.

Alle Länder müssen hier viel aktiver werden. Zumindest in Nordrhein-Westfalen wird jetzt versucht, aus den Planungsroutinen der letzten Jahre auszubrechen. Man kann nur hoffen, dass das erfolgreich sein wird.

Jeder Krankenhauschef ist doch zuallererst dem eigenen Erfolg verpflichtet, soll aber in einem sehr engen kommunalen Raum mit seinem Mitbewerber und danach mit den Landes-Kassenverbänden verhandeln, wer künftig welche Leistungsbereiche abrechnen darf. Ist das nicht eine gut gemeinte Utopie?

Da ist sicher ein Schuss Utopie dabei, doch auch eine gehörige Portion Realismus: Die Lage wird mit der derzeitigen Art der Planung

„Die Sektoruntersuchung des Bundeskartellamts vermittelt den Eindruck, dass möglichst viele Krankenhäuser und Trägervielfalt per se Wettbewerb und damit Qualität sichern. Eine solche Sichtweise greift aber zu kurz und wäre schlichtweg falsch.“

Zitationshinweis

Albrecht, M., Stegmaier, P.: „Bei Dekonzentration kommen Mindestmengen unter Druck“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 6-10. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2382>. Albrechts ORCID: 0000-0002-9919-7346

für kein Krankenhaus, ob es nun in NRW oder in einem anderen Bundesland steht, komfortabler. Der Druck wird immer weiter steigen und keiner weiß, wie es weitergeht, wenn die Insolvenzgefahr für immer mehr Krankenhäuser zunimmt.

Viele Krankenhäuser stehen schon seit Jahren mit dem Rücken zur Wand, was die Finanzierungslage angeht.

Dazu kommt ein sich stetig verschärfendes Problem, Fachkräfte in ausreichender Zahl an sich zu binden. Viele Krankenhausmanager, die vorausschauend planen, sehen, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann. Die Strategie einer konsequenten Leistungsausweitung funktioniert immer weniger, weil weder Personal noch Ausstattung in ausreichender Menge verfüg- oder finanzierbar sind. Das ist der Punkt, an dem sich Chancen für Win-win-Situationen realisieren lassen.

Dennoch werden einige Häuser auf Umsatzbereiche verzichten müssen.

Auf das wird es hinauslaufen. Das wird ein ganz schwieriger Prozess, der noch dazu in einem komplexen Zusammenspiel zwischen regionalen Verhandlungspartnern und dem Land vonstatten gehen soll. Doch wird es auf Dauer nur so funktionieren, denn der Druck auf die Finanzierung in der GKV wird durch die aktuellen Entwicklungen – ob nun durch Corona oder Ukraine-Krieg – immer stärker. Solche Krisensituationen eröffnen aber auch die Chance etwas zu bewegen. Damit ist die Zeit gekommen, in der sich die Utopie der Realität annähert.

Um Qualität zu erhöhen, könnte man qualitätsabhängige Vergütungsformen einsetzen.

Das ist ein dickes Brett. Im Sinne einer Qualitätsorientierung ist die valuebasierte Vergütung sicherlich ein lohnender Ansatz. Wenn man jedoch – was dazu nötig ist – den Anspruch hat, auf Basis von Outcomes zu honorieren, wird es echt kompliziert, belastbare Indikatoren zu finden und zuverlässig zu messen, ob diese erreicht werden. Der G-BA und das IQTIG haben den Versuch aufgegeben, qualitätsorientierte Zu- und Abschläge einzuführen, weil man in den Vorarbeiten gesehen hat, dass man damit auf keinen grünen Zweig kommt. Ich halte darum mehr davon, wenn man sich an der Strukturqualität orientiert. Die ist einfacher zu handhaben und durchweg ein wichtiger Einflussfaktor – man kommt jedoch methodisch nicht so in Schwierigkeiten wie bei Outcomes.

Was könnte einen Qualitätsschub bei Krankenhäusern erzeugen?

Wir brauchen bessere Krankenhausstrukturen, die einen Qualitätswettbewerb zulassen. Hier muss man ganz offen über die Kapazitätsfrage sprechen, weil wir hierzulande gemessen am Bedarf und den



Dr. Martin Albrecht

leitet am IGES Institut als Geschäftsführer den Bereich Gesundheitspolitik. Thematische Schwerpunkte seiner Arbeit sind Finanzierung, Wettbewerb und Effizienz im Gesundheitssystem. Nach wirtschaftswissenschaftlichem Studium war er u.a. für den wissenschaftlichen Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die Geschäftsstelle der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“) und die Deutsche Bundesbank tätig.

Ansprüchen, die wir an Qualität haben, eine insgesamt überdehnte Krankenhausstruktur vorhalten. Es gibt gemessen an der dünnen Personal- und auch Finanzdecke zu viele Standorte. Mit einer aktiveren Krankenhausplanung und einer entsprechenden landesseitigen Finanzierung könnte es jedoch funktionieren, dass wir vom Mengen- zu einem Qualitätswettbewerb kommen.

Es wird darauf ankommen, wie weit wir die sprichwörtliche Decke wieder zusammenschieben müssen, die Bertelsmann-Stiftung sagt um 40 Prozent. Ist das realistisch?

Ein Kapazitätsabbau in der stationären Versorgung sollte nicht per se das Ziel sein. Wenn es weniger Standorte geben soll, dann mit dem Ziel, dass die knappen Ressourcen, insbesondere die personellen, ausreichen, um alle Standorte für eine qualitativ hochwertige Versorgung auszustatten. Diese Fragen muss sich jedes Bundesland stellen, indem es zuerst die Struktur des Krankensektors betrachtet, dann aber auch die des ambulanten.

Das hat noch nicht einmal NRW mit seinem neuen Krankenhausplan versucht.

Im Moment sind die Planungsbehörden der Länder schon mit der Frage sichtlich ge- oder gar überfordert, einen Kompromiss zwischen Qualität und Erreichbarkeit zu finden. Hier kann und muss man sicherlich Kompromisse eingehen, aber nur dann, wenn man sie gut begründen kann. Und wenn es – im Falle der Schließung eines Krankenhausstandortes – keine gravierenden negativen Auswirkungen auf die Versorgung hat, wozu aber ein paar Minuten mehr Fahrzeit gewiss nicht zählen.

Könnte den Ländern mangelnder Willen unterstellt werden?

Damit würde man sich das Ganze zu einfach machen. Es heißt zwar, dass immer regional, gar lokal geplant werden muss, doch haben dabei die Länder rechtlich eine relativ schwache Position. Bisher konnte sich noch fast jedes Krankenhaus mit seinen Betten erfolgreich einklagen. Die bisherige Rechtsprechung geht jedoch davon aus, dass ab dem

Zeitpunkt, an dem ein Bett belegt ist, das als Zeichen eines vorhandenen Versorgungsbedarfs gewertet werden kann und damit anzuerkennen ist. Genau an der Stelle wäre ein höherer Gestaltungsfreiraum der Länder zu fordern. Weil dem aber noch nicht so ist und quasi jedes Bett vor Gericht landen kann, kann unter den engen gesetzlichen Rahmenbedingungen in vielen Fällen kaum aktive Planung stattfinden.

Herr Dr. Albrecht, danke für das Gespräch. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.